LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Clinique médicale : Angine diphtéritique traitée sans succès par les badigeonnages phéniqués, par le Dr Le Roy. — **Bibliographie** : Dépopulation et civilisation. — Etude démographique, par Arsène Dumont. — **Revue de la presse** : Toxicité des tumeurs malignes, par le professeur Adamkiewicz. — **Académie des sciences** : Séance du 18 août 1890. — Présidence de M. Duchartre. — Note sur un mode de traitement et de vaccination de la tuberculose expérimentale, par MM. Grancher et H. Martin. — **Académie de médecine** : Séance du 19 août 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.— Correspondance. — Prothèse des apophyses géni. — La respiration artificielle hypodermique. — La grippe au point de vue chirurgical. — **Société médicale des bureaux de bienfaisance** : Séance du 14 mai 1890. — Présidence de M. Garnier. — **Congrès international de Berlin**, 5e *section ; Pathologie médicale.* — Du myxœdème. — Sur l'augmentation de la pression intra-cranienne et les phénomènes qui en résultent. — Développement de la puberté et son rapport avec les maladies observées dans la jeunesse des écoles. — Les végétations adénoïdes du pharynx nasal aux différents âges. — Le traitement des anémies. — Pseudo-microbes du sang humain normal. — Lois qui règlent la transmission de la voix chuchotée à travers le poumon et les liquides accumulés dans la cavité pleurale. — Chylurie d'origine non parasitaire et non tropicale. — L'énurèse nocturne chez les enfants. — Traitement du mal de Bright chronique. — Le traitement de la phtisie pulmonaire, spécialement dans les hôpitaux pour phtisiques. — Origine et traitement du diabète sucré. — 7e *section : Chirurgie.* — De l'asepsie substituée à l'antisepsie.— De l'ascite tuberculeuse et de son traitement. — Les parasites animaux dans les tumeurs de la vessie. — **Memento pratique**: Préparation rapide et économique de l'aristol. par M. Louis Boulé, d'Alger. — **Intérêts professionnels** : Association des médecins de la Gironde. — **Nouvelles**. — **Nécrologie**.

CLINIQUE MÉDICALE

Angine diphtéritique traitée sans succès par les badigeonnages phéniqués (1),

par le Dr Le Roy.

Après les remarquables résultats obtenus par l'emploi de l'acide phénique concentré dans le traitement de l'angine diphtérique, appliqué suivant la méthode conseillée par M. Gaucher, et recommandée avec ardeur devant vous tout dernièrement par notre confrère, M. de Crésantignes, je n'ai pas hésité un seul instant à appliquer ce traitement à un assez grand nombre de diphthéries qu'il m'a été donné de soigner. Je dois avouer que tout d'abord j'ai été enchanté du résultat, mais bientôt les mécomptes sont venus, et un dernier cas, soigné dans les meilleures conditions possibles, m'a inspiré un doute profond sur l'efficacité et sur la supériorité de ce traitement sur ceux qui étaient précédemment employés.

Voici ce cas : M. X. 42 ans, lieutenant de vaisseau, me fait appeler le 13 janvier dernier pour un mal de gorge qui a débuté la veille par un léger accès de fièvre, courbature et sensation de corps étranger dans le pharynx. Je trouve le malade dans l'état suivant : sur l'amygdale gauche, trois points blancs du volume d'une tête d'épingle, paraissant logés dans des cryptes de l'amygdale; gonflement et rougeur modérés de l'amygdale, gêne peu accentuée de la déglutition. Gonflement du volume d'une noisette au niveau d'un ganglion cervical, au-devant du sterno-cleido-mastoïdien du côté gauche. Pas de fièvre, langue bonne, appétit conservé. Je pense qu'il ne s'agit que d'une simple amygdalite pultacée, et je prescris un gargarisme au chlorate de potasse, et de simples attouchements au jus de citron. Cependant, le malade me rappelle, ce qui me préoccupe un peu, que six mois auparavant, je l'ai déjà soigné pour une angine diphtéritique qui n'a disparu qu'au bout de 20 jours de traitement, par suite surtout d'applications de perchlorure de fer pur. Cette angine a été suivie d'une parésie des membres qui a duré au moins un mois. Je dois aussi relever dans ses antécédents plusieurs accès de fièvre intermittente contractée aux colonies, une arthrite du genou droit qui a duré plus de 6 mois, et un abcès de la fosse iliaque de cause indéterminée. Il avait aussi assez fréquemment des poussées d'amydalites qui cédaient en 2 ou 3 jours au chlorate de potasse.

Le 14 janvier; je revois le malade, et je suis étonné de constater une extension notable aux parties voisines des points blancs que j'avais constatés la veille. Craignant une récidive de diphtérie, je prescris des badigeonnages toutes les 2 heures au jus de citron, et 4 badigeonnages par jour avec une solution ainsi formulée :

Acide phénique cristallisé.....	2	grammes
Camphre pulvérisé.....	5	—
Alcool à 90°.....	5	—
Acide tartrique.....	1	—
Glycérine.....	10	—

Je fais moi-même plusieurs fois par jour ces badigeonnages, qui ont été d'ailleurs très régulièrement pratiqués par lui-même ou son entourage pendant toute la durée du traitement. Je parviens facilement à enlever toutes les parties blanches, et à toucher la muqueuse bien nettoyée à l'aide du collutoire phéniqué.

Le lendemain 15 janvier, toute l'amygdale gauche est recouverte d'une fausse membrane blanc jaunâtre, épaisse, adhérente; le ganglion cervical est du volume

(1) Communication à la Société médicale du VIIe arrondissement.

d'une petit noix. L'état général est excellent — douleur presque nulle — appétit conservé — pas de fièvre. J'enlève difficilement la fausse membrane, et j'applique le collutoire phéniqué, en faisant continuer le traitement de la veille.

Le 16 janvier, nouvelle extension de la fausse membrane à la partie inférieure de l'amygdale, même traitement.

Les 17 et 18 janvier, état stationnaire.

Le 19 janvier, le pilier postérieur gauche est recouvert d'une nouvelle fausse membrane.

Du 19 au 24 janvier, badigeonnages phéniqués de l'amygdale et du pilier, qui ne produisent aucune amélioration.

Le 24 janvier, je me décide à badigeonner les parties malades nettoyées avec du perchlorure de fer pur. Je continue ce traitement jusqu'au 27 janvier sans aucun progrès.

Un peu inquiet, je prie mon éminent maître M. Labric, de vouloir bien voir le malade en consultation avec moi. M. Labric confirme le diagnostic d'angine diphthéritique à tendance ulcéreuse, et conseille formellement de cesser toute irritation de la gorge, et de remplacer les badigeonnages par de simples applications de poudre d'iodoforme, en y joignant des lavages et des pulvérisations fréquentes à l'eau boriquée.

Dès le 29 janvier, l'amélioration est très appréciable, et le 3 février, le malade est complètement guéri.

On peut voir, d'après cette observation, un peu recueillie à la hâte, que les badigeonnages phéniqués n'ont pu enrayer l'extension des fausses membranes, et je me demande si l'irritation causée par le frottement répété de l'amygdale n'a pas contribué dans une certaine mesure, à prolonger la durée de l'affection. La diphthérie d'ailleurs à son début n'est pas toujours facile à diagnostiquer, et quand par un mode de traitement quelconque j'obtiens la guérison au bout de six ou huit jours, je conserve quelques doutes sur la réalité du diagnostic d'angine diphthéritique. Durant le cours de l'épidémie d'influenza, le hasard m'a fourni l'occasion de traiter 6 cas d'angines à exsudat couenneux, étendu à la luette et aux piliers, qui ont cédé très facilement à un vomitif, à des badigeonnages légers au jus de citron et à des pulvérisations à l'eau boriquée ; tous ces cas étaient guéris en moins de huit jours.

Par contre, aux mois de mai et juin 1889, j'ai dû soigner 18 cas d'angine à peu près certainement couenneuses ; j'ai perdu deux malades, chacun au sixième jour de la maladie, l'un de six ans, l'autre de 4 ans et demi ; tous deux ont été soignés par la méthode de Gaucher dans toute sa rigueur, sans aucun résultat. Les autres cas se sont terminés par la guérison, au bout de dix à douze jours au moins ; j'ai même dû continuer les badigeonnages pendant vingt-sept jours pour un enfant très docile, et je n'ai pu obtenir un résultat définitif qu'à l'aide du perchlorure de fer pur et des pulvérisations à l'eau boriquée.

En résumé, je conserve une confiance très modérée dans l'emploi de l'acide phénique, et dans certains cas, tout au moins, soit par suite de son action irritante, soit par les frottements qu'il est nécessaire de pratiquer sur les fausses membranes pour dénuder la muqueuse et permettre son application antiseptique, je me suis décidé provisoirement à l'employer, mais pendant les cinq ou six premiers jours du traitement seulement. Concurremment, je me suis très bien trouvé des irrigations toutes les deux heures de la gorge, surtout des pulvérisations à l'eau boriquée, pratiquées à l'aide du pulvérisateur de Lucas-Championnière, suivant les conseils de M. le Dr Hutinel.

Au bout de six à huit jours au maximum, il me paraît avantageux de cesser les badigeonnages, et de les remplacer par des applications 3 à 4 fois par jour avec la poudre d'iodoforme, tout, en continuant les irrigations et les pulvérisations. Le tout, bien entendu, sans préjudice du traitement général tonique qui joue également un grand rôle dans l'évolution de la maladie vers la guérison.

BIBLIOGRAPHIE

Dépopulation et civilisation, étude démographique, par Arsène Dumont, membre de la Société d'anthropologie de Paris, Lecrosnier et Babé, libraires éditeurs, 1890.

Depuis quelques années tous ceux qui s'occupent de démographie et de statistique ont attiré l'attention sur la faible natalité en France, qui place le pays dans des conditions inférieures vis-à-vis des autres actions européennes. En rechercher les causes et les remèdes, tel est le but et l'utilité du livre passionnant de M. Dumont. Les bases de cette étude sont entièrement nouvelles ou plutôt elles sont celles mêmes de la sociologie ethnographique qui a pris naissance il y a une trentaine d'années. Bien différente de l'économie politique qui ne cherche la vérité que dans des systèmes, la sociologie, comme toute science en général, ne reconnaît pour guide que l'observation. Rien d'étonnant dès lors à ce que la démographie, quoique si jeune, nous ait fourni de si graves et si utiles renseignements. Aussi faut-il s'attendre à trouver ici une critique sévère du principe de Malthus.

Après nous avoir démontré les avantages d'une population nombreuse, M. Dumont étudie toutes les particularités qui distinguent la décadence de la natalité en France.

La recherche des causes de cette décadence, voilà surtout le but de l'ouvrage. Si la natalité est faible, c'est un pur effet de la volonté, on ne veut pas procréer ; il faut donc rechercher les motifs qui portent l'homme à se soustraire volontairemement à la paternité. Or ces raisons sont toutes morales et M. Dumont les

ouve dans ce fait que nous sommes une démocratie
çonnée par la monarchie. Il en résulte une absence
tale d'harmonie dans les différentes sphères de notre
tivité mentale. Mais il est tout d'abord un fait so-
al qui influe beaucoup sur la natalité et qui la règle,
est la tendance que tout individu manifeste pour s'é-
ver à des fonctions supérieures aux siennes, c'est
uelque chose de plus général que l'ambition; aussi
auteur lui avait donné par analogie le nom de capilla-
té sociale, et cette expression exprime bien la néces-
té, la fatalité de ce mouvement. Il est impossible d'y
chapper et cette force tend à restreindre plus ou
oins la natalité. Elle agit aussi différemment suivant
s aspirations politiques, esthétiques, religieuses qui
nt le fait de l'éducation de la race. Par une lente
volution, le Français s'est élevé à la dignité de citoyen
de souverain, on ne peut plus détruire la conscience
e la liberté politique qui le porte à rester maître de
ui-même. Nous sommes devenus une démocratie, mais
ous avons gardé du passé monarchique la centralisa-
on, l'idéalisme et le catholicisme. « Entre les mœurs
nciennes et les principes nouveaux, dit M. Dumont, la
tte est partout et en toutes choses, elle est dans tout
omme et dans les facultés mentales de chaque homme »
'est à faire ressortir l'influence de cette contradiction
ur la natalité que consiste la thèse de l'auteur. Les
emèdes découlent naturellement de cette étude, ils
nt multiples, ils doivent être dirigés contre l'indivi-
ualisme, contre certaines idées politiques, économi-
ues, esthétiques et religieuses, enfin la législation peut
lle-même agir sur la natalité. On pourra s'étonner de
violence des remèdes proposés, mais ceux-ci ne sont
ue proportionnels à la gravité du mal. En tout cas on
e peut que féliciter l'auteur de sa franchise et si cer-
ains développements choquent des idées reçues, on
eut reconnaître dans ce livre pas mal de vérités qui
agneraient à être franchement acceptées par nos
ommes politiques au plus grand profit de la nation.

J. L.

REVUE DE LA PRESSE

Toxicité des tumeurs malignes. Prof. ADAMKIEWICZ. *Pester med. chir. Presse*, n° 28, 90). — Certaines par-
icularités assignent aux tumeurs malignes une place
part dans la pathologie. Sous certains rapports, elles
e rapprochent des tumeurs dues aux infections (syphi-
is, tuberculose). Toutes deux se généralisent dans l'or-
anisme menacé, mais le cancer ne peut se transmettre
'un individu à un autre et nous ne savons rien du
oison cancéreux. La propagation du cancer n'est pas le
ait d'un virus, ni d'un poison, mais de propriétés
mbryonnaires du tissu. Cohnheim considérait les
umeurs malignes comme étant les produits de germes
mbryonnaires en excès non employés à l'édification
hysiologique des tissus. Ces germes trouvaient pen-
dant la vie un excitant qui leur faisait poursuivre leur développement pathologique. C'est à propos de ces excitants que l'on a émis diverses théories. Sans s'attarder à ces hypothèses, Adamkievicz cite les faits qui lui font admettre la présence d'un poison dans le cancer en voie de développement. Il résulte de ses expériences que le tissu cancéreux non altéré et pris sur le malade renferme un corps toxique qui tue les animaux en quelques heures. Ce poison agit par l'intermédiaire du système nerveux central qu'il paralyse.

La chaleur et les désinfectants (acide phénique) détruisent l'activité de ce poison. Les microorganismes, qui se trouvent dans les tissus cancéreux, ne paraissent pas être les producteurs de ce corps toxique, mais il est difficile de déterminer encore quelle est la part de ces microorganismes dans la production.

Aucun autre tissu pathologique ou physiologique ne possède les propriétés toxiques du cancer (carcinome, cancroïde).

L'action du poison cancéreux est si prompte qu'on peut l'employer comme réactif pour déterminer la nature maligne d'une production pathologique.

Enfin les tissus cadavériques possèdent des propriétés toxiques analogues à celles du cancer frais. On peut donc conclure, jusqu'à un certain point, que le tissu cancéreux produit pendant la vie des matières très analogues aux poisons cadavériques.

J. L.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 4 août 1890. — *Présidence de* M. DUCHARTRE

Note sur un mode de traitement et de vaccination de la tuberculose expérimentale. — MM. GRANCHER et H. MARTIN. Le 19 novembre 1889, nous avons déposé, par l'intermédiaire de M. Dujardin-Beaumetz, sur le bureau de l'Académie de médecine, un pli cacheté où il est consigné que, par un mode de traitement, nous avons réussi à arrêter, pendant longtemps, l'évolution de la tuberculose expérimentale sur le lapin.

La publicité que M. Koch vient de donner, à l'ouverture du Congrès international de Berlin, aux résultats qu'il a obtenus, en rendant des cobayes réfractaires à la tuberculose, ou en les guérissant d'une tuberculose déjà avancée, nous conduit à faire connaître un peu plus tôt que nous ne l'aurions voulu nos recherches sur le même sujet.

Dans toutes nos expériences, nous avons choisi le lapin, et, comme voie d'inoculation, l'injection intra-veineuse, parce qu'on obtient ainsi, avec certitude, une tuberculose qui tue dans un temps court et à peu près fixe, avec des lésions constantes du foie, de la rate et du poumon, et qui échappe à tout traitement local. La tuberculose ainsi conférée étant toujours mortelle, nous avons là une base solide, qui permet d'apprécier exactement les résultats positifs ou négatifs d'une méthode quelconque, tendant à conférer l'état réfractaire ou à guérir après infection.

1° *Traitement de la tuberculose expérimentale après infection.* — Nous avons toujours procédé d'après un plan uniforme.

Lapins traités et lapins témoins étaient inoculés en même temps dans la veine de l'oreille avec la même quantité d'une culture virulente délayée dans un peu d'eau stérilisée. Le poids de chaque animal était pris chaque jour et nous guidait dans l'application du traitement.

Dans ces deux dernières années, nous avons expérimenté sur 42 lapins, dont 15 témoins et 27 traités en diverses séries. Nos résultats sont, d'une manière générale, conformes à ceux de la série suivante, où le traitement a été efficace chez tous les lapins traités.

Le 31 décembre 1889, 7 lapins reçoivent, dans la veine de l'oreille, la même quantité d'une culture très virulente. Le lapin témoin meurt le 23 janvier, vingt-trois jours après l'inoculation. Cinq des lapins traités ont vécu cent vingt-six, cent soixante-seize, cent quatre-vingt-quatre et cent quatre-vingt-neuf jours. Le sixième est encore vivant deux cent vingt-neuf jours après l'inoculation.

L'autopsie est presque négative. La rate est petite, le foie paraît sain, sans aucun bacille tuberculeux. On ne trouve dans les espaces portes péri-lobulaires que quelques cellules embryonnaires, trace du processus tuberculeux en voie de guérison.

2° *Vaccination contre la tuberculose expérimentale.* — Nous nous sommes appliqués à obtenir des virulences graduées jusqu'à la perte même de la virulence, et, quoique cette échelle n'ait rien de mathématique, elle est suffisante toutefois pour être utilisée à peu près comme le sont les moelles desséchées dans la méthode de M. Pasteur, pour le traitement de la rage.

Nous désignerons sous le nom de virulence n° 1 les cultures les plus virulentes de notre série, qui tuent le lapin, par injection intra-veineuse, en quinze jours ou un mois. Les virulences 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 et 10 sont successivement décroissantes. Ces dernières cultures, du n° 10 au n° 7, inclusivement, réensemencées, ne se développent plus; elles sont sans effet sur les lapins. Les virulences 2 et 3 sont mortelles mais avec des échéances variables, selon la résistance de l'animal. Ces échéances sont variables, à plus forte raison, avec les virulences 4, 5 et 6.

Une de nos premières séries remonte au 27 août 1889. Ce jour-là, cinq lapins ont reçu, dans la veine de l'oreille, chacun une demi-seringue de Pravaz de culture très affaiblie à virulence n° 6. Le 3 septembre, les mêmes lapins ont reçu la virulence n° 3, et, le 12 septembre, encore la même culture n° 3; puis, le 25 septembre, la virulence n° 2, et, enfin, le 15 octobre, la virulence n° 1. Nous inoculons ce jour-là, en même temps que les lapins vaccinés, trois lapins neufs comme témoins.

Ceux-ci meurent les 28 octobre, 2 novembre et 5 novembre, avec les lésions classiques de la tuberculose expérimentale : rate énorme, foie muscade, poumons criblés de granulations tuberculeuses. Parmi les vaccinés, trois sont morts en même temps que les témoins, les 21 et 26 octobre et le 3 novembre, et avec les mêmes lésions. Mais deux ont résisté, l'un jusqu'au 17 décembre, l'autre jusqu'au 7 janvier 1890. Ils ont succombé avec des lésions tuberculeuses légères.

Cette tentative ayant paru nous donner un résultat partiel malgré l'insuffisance de la vaccination qui ne comportait que des cultures affaiblies 6, 3, 3 et 2, avant la culture très virulente, nous avons fait de nouvelles séries en multipliant nos cultures vaccinales et en nous arrêtant à la virulence n° 2. Nous avons obtenu ainsi de très bons résultats. — Dans une série, notamment, composée de neuf lapins vaccinés et de deux témoins, nous avons encore cinq de ses animaux inoculés le 23 janvier avec la culture n° 2, mortelle, et vivant encore sept mois après cette inoculation.

Mais en nous arrêtant à la virulence n° 2, les témoins ne meurent pas tous dans le même temps, et l'immunité conférée par la vaccination en paraît moins probante. Nous avons donc, dans une dernière série, vacciné onze lapins par les cultures n^{os} 6, 5, 4, 3 et 2, du 30 janvier au 25 mars; et, le 10 avril, ces onze lapins vaccinés ont reçu en même temps que deux témoins la culture n° 1. Nous n'avons pris que deux témoins parce que, ainsi que nous l'avons dit précédemment, cette culture n° 1 est toujours mortelle à bref délai.

Les témoins sont morts les 3 et 10 mai, soit vingt-trois et trente jours après l'inoculation d'épreuve. Les onze vaccinés ont résisté bien d'avantage : deux sont morts les 16 et 26 juin; deux les 7 et 29 juillet; quatre les 4, 7 et 9 août. Trois sont encore vivants plus de quatre mois après l'inoculation la plus virulente.

Conclusion. — Nous croyons donc avoir réussi, d'une part, à donner aux lapins une résistance prolongée contre la tuberculose expérimentale la plus rapide et la plus certaine, et, d'autre part, à leur conférer, contre la même maladie, une immunité dont il reste à déterminer la durée.

Les résultats obtenus par R. Koch, sur les cobayes, l'ont été, très vraisemblablement, par des méthodes et des procédés différents des nôtres, puisque, au moins en ce qui concerne la vaccination, Koch n'y fait aucune allusion. Il est donc permis d'espérer que nous aurons, quelque jour, plusieurs moyens de combattre efficacement le bacille tuberculeux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 août 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. le Dr P. Morisset, de Mauzé (Deux-Sèvres) qui envoie deux mémoires, *sur le traitement préventif* et *le traitement curatif du choléra*; 2° une lettre de M. le Dr Carlier, médecin-major de 2e classe au 74e régiment d'infanterie, avec la *relation de la dernière épidémie de grippe dans la garnison de Rouen*; 3° une lettre de M. le Dr Coiffier (du Puy), qui adresse une étude manuscrite sur le *réflexe auditivo-palpébral* (comm. MM. Charcot et Mathias Duval), et un rapport manuscrit sur une *maladie épidémique qui sévit sur les jeunes veaux* et paraît spéciale au département de la Haute-Loire (comm. : MM. Trasbot et Nocard).

Prothèse des apophyses géni. — M. Guermonprez (de Lille). Après la résection du corps du maxillaire inférieur, il est indiqué de remplacer les apophyses géni pour empêcher la langue de retomber en arrière, de renverser l'épiglotte et de déterminer la suffocation. M. Guermonprez a fait une tentative de ce genre chez un homme de 60 ans atteint d'un épithélioma de la lèvre inférieure, empiétant sur la commissure labiale gauche et se propageant à la partie moyenne du corps du maxillaire correspondant. L'exérèse et l'hémostase furent accomplies sans accident, la pointe de la langue étant maintenue au moyen d'un fil de soie. La prothèse des

apophyses géni fut ensuite pratiquée au moyen de gros fils d'argent disposés d'une façon appropriée. Pour fixer ce fil dans chacune des deux portions conservées du maxillaire inférieur, il commença par donner deux coups de perforateur à droite et à gauche, les fils furent fixés au moyen d'un enroulement en hélice puis rabattus sur la face extérieure de l'os.

Cette pièce prothétique faite de fils d'argent épais peut être assimilée à la configuration de la machoire inférieure. Cette pièce porte vers le milieu de sa face postérieure une sorte d'œillet qui forme un solide point d'insertion aux muscles génio-glosses et génio-hyoïdiens. M. Guermonprez a donc pu passer un crin de Florence à travers les portions aponévrotiques correspondantes de ces muscles et les fixer solidement à la pièce prothétique dont il s'agit. Le reste de l'opération ne présenta rien de particulier et la réunion fut obtenue par première intention.

Cette tentative a eu pour résultat de démontrer : 1° que la restauration des apophyses géni est pratiquement réalisable; 2° qu'elle s'oppose efficacement à la chute de la langue en arrière, et aux accidents asphyxiques connus pour être les complications primitives de la résection du corps du maxillaire inférieur; 3° l'avenir montrera si le même moyen est utilisable pour sauvegarder l'écartement des branches montantes conservées du maxillaire inférieur.

La respiration artificielle hypodermique. — M. le Dr Cobos propose de faire des injections hypodermiques d'oxygène sous la peau, cette oxygène étant absorbé par les vaisseaux capillaires, et cela dans les maladies où il y a un obstacle à la respiration.

La grippe au point de vue chirurgical. — M. Verneuil lit un travail qu'il termine par les conclusions suivantes :

1° La grippe, en sa qualité de maladie générale, infectieuse, peut exercer une influence fâcheuse sur les blessures et les opérations chirurgicales.

2° Cette influence peut s'exercer non seulement pendant la durée de la grippe, mais encore pendant sa convalescence.

3° C'est surtout par sa tendance à la pyogénie que la grippe traduit cette influence.

4° La tendance pyogénique de la grippe est démontrée par l'apparition fréquente, au cours ou à la suite de cette maladie, et en dehors de toute blessure, d'affections inflammatoires diverses : conjonctivite, otite, parotidite, pleurésie, péricardite, péritonite, arthrite purulente, furoncles, abcès isolés ou multiples, superficiels ou profonds, orchite, suppurations d'affection antérieure à la grippe : kyste de l'ovaire, hydarthrose, cystite, etc.

5° Les système veineux, artériel et lymphatique peuvent aussi être envahis spontanément et donner lieu à des phlébites, des artérites, des lymphangites, à la gangrène des membres par suite d'embolies ayant pour point de départ une endocardite végétante.

6° Lorsque la grippe envahit le domaine chirurgical, elle provoque des complications analogues aux affections que nous venons d'énumérer.

7° En premier lieu, vient la suppuration des blessures accidentelles ou opératoires que, grâce à l'emploi de la méthode antiseptique, on croyait justement à l'abri de cette complication.

8° Si la grippe survient après une opération, elle retarde la cicatrisation, désunit même la plaie opératoire déjà réunie et entraîne la suppuration de son foyer ; si au contraire la blessure accidentelle ou chirurgicale a lieu pendant la convalescence de la grippe, dans certain cas, la cicatrisation normale ne se produit pas ; dans d'autres, le traumatisme réveille la grippe et celle-ci aggrave le traumatisme.

9° Alors surviennent diverses complications : *a*) — Dans les cas bénins, on observe seulement un état fébrile marqué, comme dans l'attaque primitive de grippe. *b*) — Dans d'autres, les complications broncho-pulmonaires acquièrent une intensité considérable et peuvent entraîner la mort ; *c*). — Dans d'autres, le foyer opératoire restant intact, on constate pendant la vie et à l'autopsie tous les phénomène graves de la septicémie et de la pyohémie. *d*) — Dans d'autres enfin, la plaie s'enflamme, se sphacèle même et de ses bords partent l'érysipèle et la lymphangite.

10° Il est donc important d'être prévenu de la possibilité de l'intervention de la grippe pendant la cure des plaies. Quand, au cours d'une épidémie de grippe, on observe chez un opéré ou un blessé, pansé régulièrement d'après les règles de la méthode antiseptique, une élévation brusque de la température, on devra soupçonner l'invasion de cette affection.

11° La pyohémie grippale diffère de la pyohémie traumatique classique, par différents points : elle survient plus souvent spontanément qu'après une plaie ; — les abcès métastatiques, bien que multiples, sont d'ordinaire peu nombreux ; ils renferment le plus souvent des pneumocoques, mélangés aux autres microbes de la suppuration ; — les frissons, si communs dans la pyohémie ordinaire, font généralement défaut et le tracé thermométrique ne présente pas les oscillations désordonnées si caractéristiques de cette dernière. — La terminaison par guérison paraît moins rare dans la pyohémie grippale que dans l'autre.

12° La possibilité de la guérison autorise donc le chirurgien, en l'absence de renseignements exacts sur le microbe de la grippe et sur son agent microbicide, à poursuivre avec persévérance le traitement des abcès grippaux, symptomatiques ou non de la pyohémie, par l'incision, le drainage et les lavages antiseptiques.

13° L'influence réciproque fâcheuse du traumatisme et de la grippe étant démontrée, les chirurgiens devront s'abstenir, hors les cas d'urgence, de pratiquer aucune opération, en particulier sur les voix respiratoires, plus exposées encore que les autres régions aux complications grippales.

14° Avant de pratiquer aucune opération chez les personnes ayant eu la grippe, il faut attendre que leur état général soit redevenu normal, et leur faire suivre pendant un certain temps un traitement tonique et réparateur, en ayant surtout recours à l'antisepsie interne par le sulfate de quinine, le naphtol, etc.

15° La grippe paraît aussi exercer une influence fâcheuse sur la marche des tumeurs, dont elle accélère le développement.

16° Elle semble de même exercer une influence défavorable sur la grossesse et ses suites.

M. G. Sée. La communication de M. Verneuil montre la connexité entre la médecine et la chirurgie. Nous avons vu à l'hôpital des cas d'endocardite qui ressemblaient tout à fait à la pyohémie. Le pneumocoque a provoqué diverses complications du côté des méninges, des oreilles, sans même avoir passé par le poumon.

M. Verneuil s'est servi du mot d'endocardite végétante. On sait aujourd'hui qu'il n'y a pour ainsi dire pas de diffé-

rence entre l'endocardite végétante et l'endocardite ulcéreuse.

En ville, M. Sée a vu un malade atteint de tuberculose latente et qui, sous l'influence de la grippe, a fait une tuberculose aiguë et suraiguë. Mais dans la plupart des cas cités par M. Verneuil, il s'agissait certainement d'endocardites streptococciques.

Dans son quartier, M. G. Sée a pu observer une petite épidémie d'angine propagée dans deux familles; il y avait en même temps une épidémie d'angine dans le quartier. Cette angine dans le premier cas paraissait des plus spontanées : c'était une angine pultacée qui ne rendait pas très malade. L'idée lui vint de rattacher cette angine à la grippe, le produit de cette angine fut examiné au point de vue microbien par M. Hutinel qui trouva dans tous les cas des streptocoques ne ressemblant en rien au microbe de la diphthérie.

Quant aux rapports entre la grippe et le choléra il n'y en a certainement aucun.

La séance est levée à 4 heures 45.

SOCIÉTÉ MÉDICALE

DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séance du 14 mai 1890. — *Présidence de* M. Garnier.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de remerciement de M. le Dr Fournel au sujet de son admission dans la société;

2° Une lettre de candidature de M. le Dr Daprey, médecin du bureau de bienfaisance du 16e arrondissement.

MM. Garnier, Fournel et Billon, rapporteur, sont désignés pour examiner la candidature de M. Daprey.

MM. Chevallereau, Kinzelbach et Dextrem, rapporteur, sont désignés pour examiner la candidature de M. de Pradel.

M. Dusseaud communique une observation sur un accouchement triple (Voir *France Médicale* n° 31, p. 482).

M. Berrut communique la première partie de son travail sur la rétroversion de l'utérus gravide.

On passe ensuite à l'élection d'un secrétaire-adjoint.

M. Dusseaud est élu à l'unanimité.

La séance est levée à 10 heures 1/4.

Le secrétaire,
Dr G. Yvon.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE BERLIN

5e SECTION : PATHOLOGIE MÉDICALE

Du myxœdème. — M. Ord (de Londres), rapporteur. Dans une première communication, sir William Gull avait considéré le myxœdème comme une maladie spéciale au sexe féminin, mais il atteint également l'homme dans une proportion d'au moins 10 0/0. L'auteur a noté quelques cas héréditaires.

Les signes sont variables. Le gonflement de la peau, les troubles de la parole, les symptômes nerveux présentent des variations. Parfois les symptômes commencent par le gonflement du corps thyroïde et ce gonflement a disparu lorsqu'on examine le malade. La tendance aux hémorrhagies constitue un des plus grands dangers de cette affection.

Les symptômes peuvent être divisés en deux classes selon qu'ils affectent le corps thyroïde ou d'autres organes.

La structure intime de la glande est altérée. Dans tout l'organisme d'ailleurs il y a une prolifération du tissu conjonctif avec abondance de noyaux qui désorganise la structure de plusieurs organes.

M. Ord a proposé le nom de myxœdème pour deux motifs, d'abord parce qu'il s'agit d'un œdème élastique qui ne garde pas l'empreinte du doigt, en second lieu parceque l'auteur a trouvé une grande quantité de mucine dans les tissus du premier malade dont il a fait l'autopsie.

La cachexie strumiprive, décrite en Suisse comme consécutive à l'ablation de la glande thyroïde, est identique au myxœdème; on pourrait l'appeler le myxœdème opératoire.

Dans le crétinisme congénital le défaut du développement s'ajoute aux symptômes du myxœdème.

Ainsi le myxœdème, la cachexie strumiprive, le crétinisme sporadique et endémique et le myxœdème opératoire des animaux ont une seule condition qui leur est commune, c'est la perte des fonctions du corps thyroïde. Telle en est la cause immédiate.

On peut espérer que l'implantation du corps thyroïde des animaux deviendra un mode utile de traitement, de même que les changements de climat et les agents thérapeutiques.

Maladie du lait. — M. Kimmel de Findlay (Ohio). Dans la partie centrale des Etats-Unis existe une maladie à laquelle on a donné le nom de maladie lactée. Elle paraît liée à la transformation que la culture progressive imprime à un sol autrefois inculte, et elle semble devoir disparaître quand cette transformation sera complète; en effet, elle a presque disparu de contrées où elle sévissait autrefois.

Les lieux les plus dangereux sont ceux qui viennent d'être défrichés et le bétail est surtout exposé à contracter la maladie lactée quand il mange de l'herbe le soir ou de grand matin.

Les animaux herbivores qui mangent l'herbe des champs infectés peuvent contracter la maladie sur place. Ils ne bougent plus ou ils errent sur un petit espace la tête près du sol; l'appétit a disparu, et les selles cessent. Puis ils tremblent de tous leurs membres, de là le nom de « Trembles » donné aussi à cette affection. En deux ou quatre jours, ils succombent. La mort n'est pas fatale.

Les femelles sont exemptes des symptômes de la maladie *aussi longtemps qu'elles donnent du lait*; l'agent infectieux doit être éliminé par la voie mammaire.

Chez l'homme le syndrôme de cette maladie est très caractéristique, le diagnostic est donc très facile. L'étiologie démontre que le malade a pris du lait ou du beurre d'un troupeau suspect.

Les premiers symptômes sont une sensation invincible de fatigue, de langueur, de là le nom de « Sloids » donné également à la maladie du lait. Viennent ensuite l'anorexie, le pyrosis, des nausées, des vomissements avec une constipation opiniâtre, la soif est très vive, le pouls demeure normal et le malade ne présente pas de température fébrile, souvent même la température est un peu abaissée.

La peau est sèche, la respiration anhélante, angoissée; la langue, humide au début, se couvre de fuliginosités. Le patient demande à boire et vomit constamment l'eau qu'il

ient de boire, l'abdomen est très rétracté sans être douloureux à la pression, la constipation est plus opiniâtre que dans les autres affections où ce symptôme est signalé, le délire est rare ; peu à peu la prostration devient telle que le malade ne peut mouvoir ses membres, les paupières demeurent sans mouvements et le malheureux s'éteint dans le coma.

Les cas graves, mortels, durent de quinze à vingt jours. D'autres légers évoluent en cinq ou dix jours. La convalescence est toujours longue et difficile.

Ce qui distingue essentiellement la maladie du lait des autres maladies pernicieuses, des fièvres paludéennes qui peuvent d'ailleurs la compliquer, c'est l'apyrexie ; on ne saurait penser non plus à une gastro-entérite. Il s'agit là, évidemment, d'une maladie bactérienne spéciale, d'un agent infectieux ressemblant à celui des maladies paludéennes.

Le traitement a surtout consisté à donner de la quinine, de l'alcool et des stimulants.

Sur l'augmentation de la pression intracranienne et les phénomènes qui en résultent. — M. Adamkiewicz (de Cracovie), à la suite d'observations cliniques, a pu déjà, en 1883, prouver :

1° Que l'idée de l'*incompressibilité* de la masse nerveuse est fausse. Cette substance à l'état vivant peut être comprimée dans une grande mesure, le foyer intracranien chassant par la voie des vaisseaux sanguins et lymphatiques une certaine quantité de liquide. Il en résulte une *condensation* du tissu cérébral, condensation indifférente pour la fonction du tissu cérébral comprimé ;

2° Le foyer intracranien augmentant aux frais de la substance cérébrale ne *repousse* donc pas le liquide cérébro-spinal et n'augmente pas sa tension ;

3° Avant l'*anémie cérébrale*, l'examen direct de cerveaux comprimés montre également que le développement d'un foyer intracranien n'exerce aucune action sur le diamètre des capillaires cérébraux, sauf quelquefois un peu d'*augmentation* de ce diamètre aux endroits les plus comprimés ;

4° Il n'existe donc pas de *compression cérébrale* ni d'anémie, et l'ancienne théorie des « symptômes de compression cérébrale » doit être fausse.

Ces signes doivent se produire dans toute *altération* du tissu cérébral et sont l'expression générale des irritations et des paralysies du cerveau.

Mais Adamkiewicz a découvert d'autres signes caractéristiques importants de compression, quand celle-ci se produit dans certaines limites, correspondant à ce qu'il appelle le *second* degré (le *premier* degré de la compression restant latent, le *troisième* degré agissant comme traumatisme d'une manière destructive). Ces signes sont : Les crises de convulsions contra-latérales sans troubles de la connaissance, l'augmentation des réflexes tendineux du côté opposé à l'hémisphère comprimé et enfin la paraplégie.

En prouvant que ces symptômes caractéristiques de la compression disparaissent avec la suppression du foyer comprimant, M. A. Adamkiewicz a montré aux chirurgiens la voie à suivre pour faire disparaître les phénomènes.

Gussenbauer a été un des premiers chirurgiens à user de ces indications.

D'autre part, M. Adamkiewicz a trouvé que :

1° Il y a aucune relation constante entre la pression sous laquelle on introduit le liquide dans le crâne, et les éactions par lesquelles l'animal y répond ;

2° La courbe artérielle montre, sous quelque pression que se passe l'injection de liquide dans le crâne, une suite constante de *vagues d'excitations*, qui débutent toujours par une augmentation pour se terminer par une diminition de pression ;

4° La courbe veineuse offre un grand intérêt : la pression dans les veines du cou augmente rapidement dès le début de l'injection intracanienne et d'une façon continue, ce qui prouve que tout liquide entrant dans le crâne cherche directement à en sortir par les veines et tend aussi à paralyser le cerveau, l'espace cranien communique donc librement avec le système veineux du reste du corps.

Tout liquide intracranien pathologique doit donc entrer dans les veines avant d'avoir atteint une tension qui puisse agir sur les capillaires du cerveau.

Des épanchements de liquide dans le crâne ne peuvent pas plus que des foyers intracraniens produire de « compression cérébrale ».

Les signes anciennement considérés comme « signes de compression » se produisent ainsi :

Tout liquide pathologique s'amassant dans le crâne entre d'abord dans les tissus veineux et augmente l'écoulement veineux hors du crâne. Si les veines ne suffisent plus à cet écoulement, le liquide s'écoule encore par les lymphatiques. Si ceux-ci à leur tour deviennent insuffisants, le liquide arrive dans les interstices du tissu nerveux, il se produit de l'œdème cérébral, et en conséquence des symptômes d'excitation, puis de paralysie qui amènent la mort.

Développement de la puberté et son rapport avec les maladies observées dans la jeunesse des écoles. — M. Axel Key (de Stockolm) tient compte surtout des résultats qui lui ont été fournis par les commissions scolaires du Danemark, de la Suède et de la Norvège.

La plus grande croissance a lieu dans la huitième année, l'accroissement devient ensuite régulier jusqu'à treize ans ; puis, chez le garçon, la dix-septième année est remarquable par un accroissement rapide en longueur et en poids ; chez les filles, l'accroissement est surtout marqué de douze à quinze ans.

Le développement varie dans les différentes nations. Mais on remarque que partout le moment de la puberté est un âge critique. Les influences climatériques et sociales activent ou retardent le passage à la puberté et les phénomènes de la croissance. Les enfants des pauvres se développent plus lentement et moins bien. D'une manière générale, *l'accroissement en poids est plus marqué pendant les mois d'été que pendant l'hiver*. On comprend l'importance de cette constatation pour l'hygiène des écoles.

Plus du tiers des 15,000 enfants qui ont été soumis à ma statistique sont atteints de maladies chroniques. Le graphique de l'état sanitaire des enfants montre que leur santé s'altère davantage chaque année scolaire. La courbe des maladies s'abaisse après la puberté pour s'élever de nouveau vers l'âge de dix-neuf à vingt ans. Les deux tiers des fillettes souffrent d'anémie, d'incurvation de la colonne vertébrale ou de nervosisme, et on constate ces affections dans les classes aisées de la population.

Les végétations adénoïdes du pharynx nasal aux différents âges. — MM. Luc et Dubief de Paris. Il est admis que les végétations adénoïdes se développent dans la première enfance et tendent à entrer en régression de la quinzième à la vingtième année. Mais ayant eu l'occasion de soumettre

à l'examen microscopique des végétations provenant de deux hommes âgés de 25 ans, nous avons pu constater que leur structure était absolument la même que dans la première enfance. Chez un troisième adulte, âgé de 27 ans, les tumeurs étaient si peu en régression qu'elles donnèrent lieu pour la première fois, à cet âge, à des complications auditives par oblitération tubaire. Ces symptômes tardifs se dissipèrent complètement après l'ablation des néoplasmes. En revanche, l'examen de végétations adénoïdes provenant d'un homme de 54 ans, nous a révélé une production abondante de tissu fibreux autour des follicules clos et le long des vaisseaux sanguins. Nos recherches nous portent donc à admettre que la régression des néoplasmes en question est un fait démontré, mais que ce processus, au lieu de survenir chez les jeunes adultes, ne se montre que beaucoup plus tard, dans la seconde moitié de la vie, et est caractérisé anatomiquement par des lésions artério-scléreuses identiques à celles qui tendent à se produire sous l'influence de l'âge dans les tissus normaux.

Le traitement des anémies. — M. Laache (de Christiania), *rapporteur*. Le fer n'a qu'une seule indication certaine, c'est la chlorose vraie primitive. Malheureusement les récidives sont fréquentes dès qu'on cesse le traitement ; et cependant l'emploi prolongé des ferrugineux n'est pas non plus avantageux. Il est fort possible que les altérations du système vasculaire indiquées par Virchow soient pour beaucoup dans ces constantes récidives.

L'arsenic donne de bons résultats dans les anémies pernicieuses progressives. Cela a été confirmé de toutes parts; mais, ici aussi, il y a des récidives. Du reste, avant de juger de l'effet d'un médicament, il faut se souvenir qu'il peut y avoir dans ces cas des guérisons spontanées ; de même il faut être réservé pour le pronostic, même dans les cas les plus graves, accompagnés de perte de connaissance.

Le mode d'action de l'arsenic est aussi peu expliqué que celui du fer. On sait cependant que dans les cas où le fer est utile (chlorose), l'hémoglobine est diminuée d'une façon absolue (globules peu nombreux et *pâles*) ; tandis que dans l'anémie pernicieuse, elle ne l'est que d'une façon relative ; les globules ne sont pas pâles, mais plus foncés qu'à l'état normal. Le fer paraît donc agir surtout sur l'hémoglobine.

Dans certains cas, les purgatifs sont bons dans la chlorose (sir Andrew Clarke) ; on a même distingué une forme spéciale d'*anémie fécale*. Il s'agit probablement ici d'une intoxication chronique par les fèces stagnantes dans l'intestin.

Les avis sont partagés sur l'utilité des inhalations d'oxygène.

La transfusion convient surtout dans les anémies pernicieuses ou post-hémorrhagiques.

M. Bozzolo (de Turin). J'ai traité un très grand nombre d'anémies du Gothard, produites par l'ankylostome duodénal. Elles présentent certaines différences avec les autres anémies graves, entre autres le manque complet d'hémorrhagies rétiniennes. Les fébrifuges ont donné d'excellents résultats ; Perroncito a employé l'extrait de fougère ; moi, le thymol à la dose de 8 à 12 grammes par jour, en trois fois. La plupart des malades guérissent rapidement après d'abondantes évacuations de parasites.

Pseudo-microbes du sang humain normal. — M. Kollmann (de Leipzig) a observé, dans le sang normal et recueilli avec des précautions antiseptiques, une quantité de petits corps dont les uns sont juste à la limite du visible, comme de simples points, et dont les autres, d'un diamètre de 0,5 μ environ, sont ronds ou allongés, ou présentent une forme analogue aux cocci, diplococci, streptococci, bacilles, etc. Ils étaient animés de mouvements très vifs. Ce sont évidemment des dérivés des corpuscules rouges, probablement aussi de certains leucocytes au moment de leur décomposition. L'examen par les colorants confirme qu'il s'agit de produits artificiels ; des cultures sur la gélatine ont également été stériles.

Il serait fort possible que les bacilles de la malaria de Tommasi-Crudeli, etc., aient la même signification comme tant d'autres déjà ont été reconnus comme des produits artificiels.

M. Tito Gualdi (de Rome). Une partie des corps décrits à l'origine par Klebs et Tommasi-Crudeli ont été en effet reconnus comme étant d'origine artificielle, mais on est maintenant assuré, de la façon la plus complète, de l'existence de plasmodies caractéristiques de la malaria, qu'on ne rencontre jamais ailleurs que dans le sang de ces malades. Il est aujourd'hui impossible à tout observateur un peu expérimenté de confondre les deux formes, entre lesquelles il y a un abîme.

Lois qui règlent la transmission de la voix chuchotée à travers le poumon et les liquides accumulés dans la cavité pleurale. — M. G. Rummo (de Pise). En 1875 et 1877, M. Baccelli a étudié la transmissibilité de la voix chuchotée à travers les épanchements des plèvres. Il trouva que le mot *trentatré*, prononcé à voix basse par le malade, présente une transmission moins parfaite en quantité et en qualité dans certains cas ; il peut perdre ses consonnes de plus en plus en plus complètement, suivant que l'épanchement devient de plus hétérogène et corpusculé (purulent ou hémorrhagique). La transmission parfaite, claire de ce mot, comme si on l'eût chuchoté à l'oreille, avec toutes ses syllabes bien articulées, correspondait par contre à un épanchement séro-fibrineux, homogène.

J'ai étudié à mon tour, par la clinique et l'expérimentation, toutes les conditions qui favorisent ou entravent la propagation des ondes sonores à travers les épanchements.

Voici les conclusions auxquelles je suis arrivé :

1° La quantité de liquide épanché, l'état anatomique du parenchyme pulmonaire et des bronches, la pression intra pleurale (mesurée au manomètre enregistreur), le degré de tension du sac pleural et des parois du thorax, la qualité des néomembranes tapissant la plèvre ; tous ces facteurs d'importance secondaire, peuvent, dans des circonstances déterminées et exceptionnellement, empêcher, atténuer ou favoriser la manifestation du phénomène de Baccelli ;

2° Mais la loi qui règle le mode de transmission de la parole chuchotée à travers les épanchements reste bien essentiellement basée sur la nature homogène ou hétérogène du liquide pleural. Elle est en rapport, d'une part, avec le nombre des globules (déterminé par millimètre cube), d'autre part avec les diverses modifications physiques, chimiques et histologiques des éléments cellulaires.

M. Baccelli (de Rome). Le phénomène que M. Rummo vient de confirmer à nouveau est cité quelquefois sous le nom de pectoriloquie aphone. Ce terme, qui a été introduit dans la terminologie par mon ami Gueneau de Mussy, constitue une erreur et dénature entièrement la signification du phénomène qu'on a bien voulu aussi appeler de

mon nom. Permettez-moi de saisir cette occasion pour établir l'origine de cette erreur.

Lors du différend entre l'école allemande et l'école française au sujet de l'emploi de la bronchophonie forte ou faible, je conseillai d'employer, pour le diagnostic des cavernes, ou de tout état de condensation du parenchyme pulmonaire, la voix basse, chuchotée, mais nettement articulée; dans les cas en question, cette voix produit à l'oreille une sensation spéciale et je nommai ce phénomène pectoriloquie aphone. Ceci n'a rien à faire avec la conductibilité des liquides répandus dans la cavité pleurale. Dans ce dernier cas, les diverses altérations que subit la vole chuchotée, en traversant le liquide, permettent de diagnostiquer, sans le secours de la ponction exploratrice, la nature intime du liquide. Ceci est un fait incontestable; si la loi subit des exceptions, il faut les étudier, mais elles ne suffisent certainement pas pour infirmer la règle.

Chylurie d'origine non parasitaire et non tropicale. — M. Myers (de Fort Wayne) relate un cas de chylurie abondante ne provenant pas des pays chauds. M. le docteur Depouser (de la Caroline du Sud) en a rapporté tout récemment vingt-huit cas, et on se demande si la maladie va s'avancer jusque dans les latitude tempérées.

M. Grainger Stewart (d'Edimbourg). J'ai observé, avec M. Buchanan (de Glasgow) un cas tout à fait analogue à celui de M. Myers. La sécrétion ressemblait tellement au lait qu'un chat s'en approcha et se disposait à en boire.

L'énurèse nocturne chez les enfants. — M. van Tienhoven (de La Haye). L'énurèse nocturne des enfants est causée : 1° par l'insuffisance du sphincter de la vessie, ce qui permet à l'urine de pénétrer dans la portion prostatique de l'urèthre; 2° par l'action réflexe des fibres circulaires de la tunique musculaire de la vessie (muscle detrusor).

L'*élévation du bassin*, qui empêche l'urine de quitter la vessie et évite ainsi l'irritation de la portion prostatique de l'urèthre, est le meilleur mode de traitement. L'enfant le supporte très bien et ne s'en plaint nullement. Les résultats sont excellents.

Traitement du mal de Bright chronique. — M. Lépine (de Lyon), *rapporteur*. Tout le danger de la maladie de Bright vient de l'insuffisance de la sécrétion rénale. Cette insuffisance de la dépuration sanguine par le rein conduit à l'urémie, c'est là le véritable péril. Il faut donc faire uriner le malade, mais à la condition de ne pas surmener le rein. Il faut, de plus, soutenir et exciter les forces du malade.

Pour cela, il faut, dans l'alimentation, diminuer la proportion des matières albuminoïdes relativement aux substances grasses et hydrocarbonées dont les déchets ne sont pas éliminés par la voie rénale.

Toutes les substances qui, dans leurs déchets, renferment des produits azotés, doivent être restreintes le plus possible.

La viande doit être ingérée en très petite quantité, et les viandes noires ou faisandées, très riches en déchets azotés, doivent être rigoureusement interdites.

Le lait, quoique riche en matières albuminoïdes, ne renferme pas de matériaux de déchets, tout son azote est utilisé, il est riche en graisse, aucun de ses principes ne paraît susceptible d'irriter le rein, et le lait est diurétique, c'est-à-dire que non seulement le lait ne paraît pas fournir de matériaux à éliminer par le rein, mais que, par son pouvoir diurétique, il contribue à éliminer les principes toxiques qui existeraient déjà dans l'organisme.

Cependant la plupart des malades, condamnés au régime lacté absolu, s'en dégoûtent, refusent de s'y soumettre plus longtemps et finissent même par ne plus digérer le lait.

Aussi, il y a tout avantage à ne pas astreindre les malades au régime absolu du lait; on leur permettra des légumes frais et secs, du pain, des farineux, toutes substances qui augmentent la proportion des hydrocarbures.

Il faut, dans le choix des aliments que conseille le médecin, tenir compte des prédispositions particulières : tel aliment, que l'on pourrait conseiller chez certains, devient nuisible chez d'autres, qui le digèrent mal. Les produits d'une mauvaise digestion sont riches en déchets, susceptibles d'irriter le rein, s'ils s'éliminent en totalité, ou capables d'intoxiquer l'organisme, si leur élimination est insuffisante.

L'albuminurie doit être suivie et appréciée, jour par jour, dans ses variations. On reconnaîtra aussi qu'il convient d'éliminer les œufs et surtout les blancs d'œufs de l'alimentation des brightiques, car leur ingestion est suivie immédiatement d'un redoublement dans l'albuminurie. Il en serait de même, sans qu'on puisse préciser pourquoi, de l'ingestion de certains poissons de mer.

La diurèse se trouve excitée par les eaux alcalines, la tisane de queues de cerises, de barbes de maïs, mais la lésion si fréquente du cœur, chez les brightiques, rend nécessaire l'usage des médicaments cardiaques. Au premier rang de ces médicaments il faut placer la digitaline cristallisée ou chloroformique, à la dose de 1 milligramme et parfois même de deux milligrammes, mais il est prudent de ne pas user deux jours de suite de ce médicament, et d'attendre quelques jours pour que son élimination soit complète.

La caféine est recommandable, à la dose de 1 gramme au moins, surtout en injection. Le salicylate de théobromine est moins actif, même à la dose de 3 grammes. Le strophantus, la scille sont à rejeter à cause de leur action irritante sur le rein. Dans les cas d'artério-sclérose, l'iodure de potassium donne de bons résultats.

Des révulsifs sur la région lombaire sont fort utiles, surtout dans la période de congestion rénale. Le repos au lit, bien couvert, est à recommander, de préférence aux bains de vapeur, qui peuvent être dangereux et provoquer l'urémie. La marche n'est pas à conseiller, elle est plutôt nuisible, quoique à un moindre degré que le froid et l'humidité.

M. Grainger Stewart (Edimbourg), *rapporteur*. Le climat est un élément important; les néphritiques doivent éviter les pays froids et surtout ceux où règne la malaria. J'ai souvent observé la mauvaise influence sur les brightiques d'un séjour dans une région malarique.

Les vêtements doivent être chauds aussi.

La diète doit consister essentiellement en hydrates de carbone.

Nous devons chercher à nettoyer les tubes sécréteurs c'est-à-dire à entretenir leur perméabilité, et à éviter toute irritation des reins. A part cela, nous avons jusqu'aujourd'hui peu de moyens d'agir sur la structure de ces organes.

Quant aux suites du processus inflammatoire, je recommande, comme nourriture, le lait en abondance. Aucun médicament n'est capable de diminuer l'albuminurie; tout ce qui a été proposé dans ce sens s'est montré inutile.

Pour la dyspnée, je recommande le lait et une alimentation douce, point irritante ; les diurétiques et éventuellement les ponctions, surtout celles des plèvres ; dans les cas extrêmes, les canules de Soutbey. Dans l'urémie, donnez de la pilocarpine et des bains d'air chaud. Pour les insomnies, du chloroforme ou du chloral. Au début de la péricardite, je fais appliquer des ventouses. Je combats, enfin, l'excès de la tension artérielle par la nitroglycérine ou les nitrites.

M. Rosenstein (de Leyde). Le point important est bien le régime et l'alimentation générale. Je suis toujours de plus en plus opposé à toute espèce de médicaments; aucun d'eux n'a d'action sur l'albuminurie ; ils risquent bien plutôt d'être nuisibles. Il serait possible que la digitaline, que vient de proposer M. Lépine, fût utile ; mais gardons-nous des erreurs, qui sont ici plus faciles qu'ailleurs,à cause des variations énormes qui peuvent se produire journellement et spontanément. Surtout pas de calomel ! J'ai vu cet agent provoquer rapidement, dans trois cas de néphrites, la gangrène des gencives et ses suites. S'il est un cas où le calomel doive être évité, c'est dans la néphrite, où il ne peut s'éliminer.

Ce que nous devons traiter, ce sont les complications : la faiblesse du cœur, la diminution de la diurèse; mais même il faut chercher plutôt à décharger les reins. Je recommande en premier lieu, dans ces cas-là, le séjour dans la chambre chaude, encore mieux le repos au lit, par conséquent, pour les indigents, l'hôpital.

Le lait provoque souvent le dégoût et le catarrhe de l'estomac; en outre, il a l'inconvénient d'être un diurétique trop énergique; le repos nocturnes des malades en est troublé, tandis que le simple repos au lit avec transpiration peut amener, chez des hydropiques, en huit à dix jours, une perte de poids de 10 kilos. Du reste, la polydipsie, la soif énorme, jouent peut-être ici un plus grand rôle que la polyurie, qui n'est peut être que secondaire.

M. Senator (de Berlin). Je reconnais aussi l'impuissance des médicaments, depuis le tannin jusqu'aux plus récents, à combattre l'albuminurie. Mais je ne juge pas impossible qu'on parvienne à en découvrir un jour d'utiles. Surtout je tiens à défendre la cause de l'iodure de potassium qui, s'il est évidemment sans effet dans la néphrite parenchymateuse, peut-être très utile dans la forme interstitielle, coïncidant avec la sclérose des artères, l'hypertrophie de cœur, etc. M. Rosenstein n'a pas assez fait cette différence. Ici évidemment la néphrite est secondaire et l'iodure peut faire disparaître l'albuminurie, diminuer la polyurie et amener une rémission prolongée. Semmola, Leyden et d'autres sont de cet avis. Le lait est un bon médicament dans les cas appropriés, surtout dans la néphrite du parenchyme, où la soif est peu prononcée, mais il doit être évité dans la sclérose avec polydipsie.

M. Aufrecht (de Magdebourg) a vu aussi de bons effets de l'iodure de potassium.

Le traitement de la phtisie pulmonaire, spécialement dans les hôpitaux pour phtisiques. — M. Hermann Weber (de Londres), *rapporteur*. Les médicaments, tels que la créosote, l'arsenic, les inhalations d'eucalyptol ou d'acide phénique, n'ont de valeur que dans quelques cas et comme auxiliaires du traitement général et du traitement symptomatique. Il n'est cependant pas impossible qu'on trouve un jour des remèdes capables d'entraver le développement du bacille, sans nuire à l'organisme. Ajourd'hui, l'essentiel est de soutenir l'état général et d'augmenter les forces des malades par le régime et l'hygiène. Je regarde le climat comme important, non comme spécifique ou à cause de l'immunité qu'on reconnaissait anciennement à certaines régions, mais à cause des avantages qu'offrent certains climats pour améliorer la nutrition et fortifier l'organisme entier et surtout les organes de la respiration et de la circulation. Je ne citerai comme exemple que certains climats de montagnes.

Cependant, le traitement et la guérison de la phtisie sont possibles partout où on peut avoir de l'air pur *jour et nuit*, une nourriture convenable et du mouvement dans une mesure modérée et graduée. Le point principal doit toujours rester l'amélioration de la nutrition; je rappellerai les succès obtenus dans le traitement d'autres affections chroniques, du cœur, des organes digestifs, du système nerveux par l'amélioration de l'état général et des règles de thérapeutique générale.

Il faut réglementer, de la façon la plus exacte, l'emploi et la mesure du séjour à l'air libre, de l'alimentation, du mouvement et du repos, des vêtements; la situation et la ventilation des chambres ordinaires et à coucher. Il faut adapter ces agents importants à la constitution, à l'état variable des forces, au stade et aux complications chez les divers malades et chez le même malade à des époques diverses. Les défauts de mesure entraînent des dangers continuels. La direction constante du malade par un médecin est donc indispensable et, pour le plus grand nombre des phtisiques, le traitement dans des établissements spéciaux bien organisés présente de grands avantages ; pour beaucoup, il donne la seule possibilité de guérison.

Mais, ce qui est encore plus nécessaire, c'est le traitement des malades *indigents* dans des établissements. L'organisation de la plupart des hospices généraux est insuffisante pour qu'on puisse y traiter les phtisiques avec succès; la place y manque le plus souvent pour le grand nombre de ces malades. Ces malheureux, obligés de rester dans leurs demeures étroites, malpropres, mal aérées, y sont au contraire dans les meilleures conditions pour répandre abondamment la maladie.

Les hôpitaux grands et petits qui existent en Angleterre pour le traitement spécial des poitrinaires, ont donné de bons résultats et ils sont appréciés par les malades eux-mêmes.

Les frais de ce traitement des phtisiques seront grands; mais les avantages obtenus les compenseront complètement.

Origine et traitement du diabète sucré. — M. Pavy (de Londres), *rapporteur*. La déviation de l'état de santé résulte de la perte de sucre par l'urine. Chez le sujet sain, les aliments ingérés sont employés dans l'organisme, de façon à ne pas amener une perte de sucre, chez le sujet diabétique la nourriture passe en partie inemployée et se perd dans l'urine. Les hydrates de carbone, au lieu d'être consommés, et utilisés, restent à l'état d'hydrates de carbone et sont éliminés comme tels. En d'autres termes, à la suite d'assimilation défectueuse, ces principes n'arrivent pas à leur juste destination. En outre, les hydrates de carbone pénètrent, sous forme de sucre, dans la circulation générale à un degré pathologique également.

La quantité de sucre varie entre 0,096 et 0,530 pour mille parties d'urine.

La constitution du sang, au point de vue du sucre, peut

être définie avec précision, par l'application des procédés d'analyse que nous possédons. On arrive facilement à extraire la totalité et à déterminer la quantité de sucre contenu dans un spécimen donné de sang. D'après un grand nombre d'observations, le sucre, *dans le sang normal*, ne monte pas à plus de 0,5 à 0,8 0/00.

Il est permis de dire que la proportion de sucre dans l'urine est en rapport avec celle du sang. On devait s'y attendre, le sucre étant une substance diffusible.

Le sang contenant une proportion un peu élevée de sucre étant anormal, l'activité générale de l'organisme en entier doit s'en ressentir, et c'est du degré de cette anomalie que dépendra la gravité des symptômes du diabète.

Nous ramenons donc les symptômes de cette maladie à la condition pathologique produite par la présence d'une proportion exagérée de sucre dans la circulation générale.

L'observation montre que la proportion de sucre dans le sang dépend de la quantité d'hydrates de carbone ingérés. On peut affirmer que le mal vient de ce que l'organisme est impuissant à amener l'utilisation et la disparition des hydrates de carbone.

Les expériences permettent d'affirmer que le sucre présent dans le sang et éliminé dans le diabète doit être attribué au fait qu'il lui est rendu possible, contre la règle, de pénétrer dans la circulation générale. Ces vues cadrent parfaitement avec les symptômes observés dans le diabète.

A l'état de santé, les hydrates de carbone n'apparaissent pas dans l'urine, parce qu'ils ne peuvent pas traverser le foie et atteindre la circulation générale. Dans le diabète ils y arrivent sous forme de sucre, en proportion des quantités ingérées : le foie a perdu le pouvoir de les arrêter au passage.

Le sang de la veine porte, pris dans la période de la digestion et après l'ingestion d'aliments, contenant des hydrates de carbone, contient un sensible excès de sucre vis à vis du sang de la circulation générale. Mais en dosant le sucre avec le réactif cuprique ordinaire, on s'expose à des erreurs pour les raisons suivantes : le sucre se transforme dans le tube digestif, tout au plus en maltose, qui ne réduit le réactif en oxyde de cuivre que dans la proportion de 61 (si la glycose le réduit de 100) ; une bonne partie n'arrive même qu'à l'état de dextrine, dont la capacité réductive est encore plus faible. Il faut donc, pour ces formes-là, les amener d'abord à l'état de glycose, en les portant à l'ébullition en présence d'acide sulfurique dilué.

Les cas auxquels s'appliquent ces remarques sont ceux dans lesquels l'excrétion du sucre peut être influencée par le traitement, et cette classe embrasse la majorité des cas où la maladie se déclare dans la période moyenne de la vie.

Si les processus chimiques dans le corps pouvaient être ramenés à la normale, et le sucre empêché d'arriver dans la circulation générale, la maladie serait vaincue. Mais il peut n'être pas possible de rétablir le pouvoir de transformation ou d'assimilation, pouvoir affaibli ou perdu, et alors la seul voie à suivre est de supprimer l'introduction dans l'organisme des principes alimentaires qui, étant donnée l'impuissance de les transformer, restent inutiles, et deviennent même positivement nuisibles pas leur passage dans le sang sous une forme anomale.

Tant que le passage du sucre à travers l'organisme est empêché, tout va bien. M. Pavy n'a jamais vu arriver rien de grave pendant la période de la maladie où l'urine était maintenue libre du sucre. Tant, au contraire, que le sucre circule dans l'économie, non seulement on peut observer des symptômes qui en résultent d'ordinaire, mais on reste dans un état constant d'insécurité, provenant du danger qu'on court de voir survenir des complications graves. Comme conséquence, l'état général s'affaiblit ou s'épuise prématurément, et l'organisme perd la faculté de résister aux influences pernicieuses.

Le contraste entre ces deux états, celui où on laisse librement le sucre circuler dans le sang et celui où on l'en empêche, devient très apparent dans les cas où la maladie a suivi son cours pendant un certain temps sans être reconnue, et se trouve ainsi soumise au traitement diabétique ; nous voyons alors la santé s'altérer graduellement, les symptômes s'aggraver ; tandis que la maladie ayant été reconnue, si le cas est susceptible d'amélioration par le changement de régime, ce dernier seul suffira, non seulement à arrêter l'aggravation du mal, mais à rendre la santé et les forces au malade.

Il faut donc, en premier lieu, empêcher, au moyen du régime alimentaire, le passage du sucre à travers l'organisme. Mais le but à atteindre est de rétablir le pouvoir d'assimilation des éléments hydrocarbonés ; jusqu'à ce que ce but soit atteint, on ne pourra pas dire qu'il y ait guérison, mais seulement que la maladie est momentanément entravée.

L'opium et ses dérivés, codéine et morphine, sont les agents médicaux qui, mieux que tous autres, peuvent contribuer à la guérison de la maladie.

L'influence de ces agents peut être constatée dans des cas où l'excrétion du sucre a été abaissée jusqu'à un certain point, mais ne peut être supprimée complètement par le régime seul. Ces médicaments peuvent alors quelquefois amener sa disparition complète.

Quand des cas favorables, c'est-à-dire débutant après la période moyenne de la vie, sont traités par ces mesures combinées, et que le traitement est suivi régulièrement et assez longtemps, il n'est pas rare que le malade devienne capable de supporter une certaine quantité d'aliments hydrocarbonés sans que cela ramène la glycosurie. Le pouvoir d'assimilation peut ainsi se rétablir dans une notable proportion, mais il faut avoir soin de rester en dessous du point où l'excrétion du sucre se produit.

L'orateur regarde comme absolument nécessaire le dosage fréquent du sucre dans les urines, non seulement pour régler le traitement d'après les progrès constatés, mais aussi pour garder un contrôle sur la manière dont le traitement est suivi.

M. Dujardin-Beaumetz (de Paris), *corapporteur*. Il n'est pas possible d'établir une distinction entre le diabète et la glycosurie, le diabète n'étant qu'un symptôme qui provient d'altérations de divers organes, dont les principaux sont le foie, le pancréas, le cerveau.

Le pronostic peut être indiqué assez rapidement, selon le succès qu'on obtient par l'application d'un régime sévèrement antidiabétique. C'est là qu'est le point essentiel : la quantité de sucre rendu en vingt-quatre heures a beaucoup moins d'importance. Un malade peut éliminer 600 grammes de sucre par jour et ne souffrir que d'une forme relativement légère.

Les formes légères se révèlent dans le fait qu'au bout de quinze jours de régime, le sucre disparaît de l'urine. On

peut épargner à ces malades-là toutes les complications et les suites du diabète. Si, au contraire, la glycosurie persiste dans la même proportion, malgré le changement de régime, il s'agit d'une forme grave, à marche rapide, et dont on ne pourra guère enrayer la marche.

Entre ces deux formes, se trouve un troisième groupe comprenant les cas où le régime arrive bien à abaisser la quantité de sucre jusqu'à 10 ou 15 grammes, mais non pas à le faire disparaître complètement. Dans ces cas-là, il survient fréquemment, plus tard, des symptômes cérébraux. Ce sont les « petits diabétiques » de Bouchardat.

La guérison complète, si elle existe, est fort rare. Il reste toujours une prédisposition aux rechutes, quand le malade se relâche pour son régime.

Il y a en outre des variations individuelles énormes.

Il est très difficile de rendre diabétique quelqu'un qui n'y est pas prédisposé. On peut administrer jusqu'à 300 gr. de glycose sans voir apparaître de sucre dans l'urine.

S'il est facile de diminuer la quantité de sucre dans l'urine d'un diabétique, il est souvent impossible, chez le même malade, de l'augmenter dans une mesure proportionnelle. On ordonne à un malade qui élimine 150 gr. de sucre par jour un régime consistant exclusivement en amylacés, le sucre peut ne pas augmenter, ou n'augmenter que très peu. Il y a donc une limite à la production du sucre.

Chez quelques diabétiques enfin, le sucre réapparaît dans l'urine, quoique le régime ait été continué sans aucun changement. On trouvera généralement dans ces cas-là des causes psychiques, fatigues, émotions, etc.

Quant au traitement, le point essentiel est le régime alimentaire ; il faut exclure les amylacés. Les graisses sont nécessaires. Le point délicat est la suppression du pain. Il est fâcheux que le pain de gluten soit généralement tellement falsifié qu'il contient autant d'amidon que le pain ordinaire. On a cherché à le remplacer récemment par le *pain de soyah* (provenant des graines du glycina hispida, du Japon), qui ne contient presque pas d'amidon, mais une huile essentielle purgative qui lui donne malheureusement un goût peu agréable. La *fromentine* et la *légumine*, produits des graines embryonnaires de froment et de légumineuses, contiennent également une huile essentielle qui en gâte le goût. Les macaronis au gluten sont falsifiés aussi souvent que le pain.

Les pommes de terre contiennent proportionnellement un peu moins d'amidon que le pain. On pourra donc en permettre en petite quantité. Quant au pain, on conseillera plutôt la croûte ; il est vrai qu'elle produit plus de sucre que la mie, mais on en mange beaucoup moins.

On interdira absolument les fruits, dont le sucre passe des plus aisément dans l'urine. Le lait, de même, augmente le sucre et surtout la quantité d'urine.

L'alcool, par contre, est supporté en grandes quantités par les diabétiques, parce qu'ils éliminent rapidement. Il n'est donc pas étonnant que cette classe de malades comprenne beaucoup de buveurs, et on aura soin de leur interdire les liqueurs et vins forts ; le vin mélangé d'eau sera seul permis. La bière, les extraits de malt sont nuisibles aussi. Le thé, le café, la kola sont, par contre, de bons excitants et remontent l'organisme.

La saccharine a remplacé très avantageusement la glycérine, qui était irritante et amenait facilement les symptômes de *glycérisme*.

Une gymnastique modérée (jardin, équitation, petites courses de montagne, ouvrage de tourneur) sera également avantageuse, aussi bien que l'hydrothérapie, sauf dans des cas spéciaux.

L'action des eaux alcalines consiste probablement essentiellement dans leurs effets sur l'état général, par l'excitation des fonctions des cellules.

L'emploi du carbonate de lithine et de l'arsenic, préconisé par Martineau, a de bons effets, surtout chez les arthritiques. Je prescris :

Carbonate de lithine..... 30 centigrammes.
Solution de Fowler..... II gouttes.

Avant chaque repas dans un verre d'eau de Vichy.

Mais le plus grand progrès réalisé a été l'introduction de calmants antipyrétiques ; l'antipyrine surtout, à la dose de 2 à 4 grammes par jour, peut amener une diminution de moitié dans la proportion de sucre et surtout dans la polyurie.

Au bout de quelques mois, pour empêcher l'affaiblissement, je permets aux repas un peu de pain, de pommes de terre et fruits, tant que la proportion de sucre ne dépasse pas 10 grammes par jour.

7e SECTION : CHIRURGIE

De l'asepsie substituée à l'antisepsie. — M. von Bergmann (de Berlin). Depuis deux ans, je me sers couramment à ma clinique de la simple asepsie, cette substitution n'est pas toujours possible et elle n'est praticable qu'en l'absence de suppurations, de phlegmons, de gangrène et de lymphangite.

La méthode aseptique est basée sur le fait bien constaté de la rareté de l'infection de la plaie par l'intermédiaire de l'air. Le contact des poussières atmosphériques et de leurs germes pathogènes avec la plaie ouverte est si court que, généralement, aucune action nocive n'a le temps de se produire. On peut d'ailleurs protéger la plaie en la recouvrant de compresses autant que le permettent les manœuvres opératoires.

Afin que la salle d'opération contienne le moins possible de poussières, les murs doivent être lisses et faciles à nettoyer. Le plancher doit être maintenu dans un état permanent d'humidité pour que les germes infectieux qui tombent des plaies suppurantes ne puissent se répandre dans l'air.

Un ensemble de mesures rigoureuses est nécessaire pour éviter l'infection des plaies par le contact direct.

Tout d'abord, c'est la toilette du champ de l'opération et des régions avoisinantes. La peau y sera savonnée, et les poils soigneusement rasés. Puis on lavera les parties avec de l'eau stérilisée et du savon de potasse liquide glycériné. Elles seront ensuite essuyées à sec et frictionnées avec une serviette stérilisée. J'attache une grande importance à ce que ces frictions soient énergiques, car c'est là le meilleur moyen d'enlever les couches superficielles de l'épiderme avec les poussières et les microbes qui y adhèrent. Enfin, la peau sera lavée, d'abord avec de l'alcool à 80°, puis avec une solution de sublimé à 1/2 0/00.

On procède de la même façon au nettoyage des mains de l'opérateur et de ses aides en se servant pour cette toilette de brosses qui restent toujours plongées dans une solution de sublimé à 1/2 0/00.

Immédiatement avant l'opération, le malade est placé

sur un drap sec stérilisé et enveloppé d'un drap semblable. Seul le champ de l'opération est laissé à découvert.

Tous ces instruments sont soumis à l'ébullition dans une solution de soude à 1 0/0 où ils séjournent jusqu'au moment de s'en servir. On les prend au fur et à mesure que l'opérateur les demande, on les essuie avec un morceau de gaze stérilisée et on les passe à l'opérateur. S'ils sont souillés pendant l'opération, il suffit, pour les nettoyer et les stériliser, de les plonger à nouveau pour quelques secondes dans la solution de soude que l'on tient toute prête à l'état d'ébullition. Avec ce procédé, les instruments sont non seulement toujours propres et aseptiques, mais ils restent tranchants et ne se rouillent pas.

Pendant l'opération, il faut avoir soin d'obtenir l'hémostase parfaite. Je n'emploie jamais d'éponge pour absterger la plaie et je me sers à leur place de morceaux de tarlatane sèche simplement stérilisée et qui n'est imprégnée d'aucune substance antiseptique. Tous les vaisseaux sectionnés sont saisis au moyen de pinces et liés au catgut. On ne doit jamais suturer la plaie avant qu'elle ne soit complètement sèche et qu'elle ne laisse plus échapper une goutte de sang.

Les fils de catgut, enroulés en couche unique autour de plaques de verre étroites, sont désinfectés dans une solution alcoolique de sublimé à 5 0/0, qu'on renouvelle plusieurs fois jusqu'à ce qu'elle reste complètement limpide. Un peu avant l'opération, les fils de catgut sont extraits de cette solution forte pour être plongés dans une solution alcoolique de sublimé à 1 0/0.

Les fils de soie pour sutures ne sont pas soumis à l'action des substances antiseptiques, mais sont stérilisés, ainsi que tous les objets de pansement et le linge, dans un stérilisateur à vapeur muni d'un thermomètre électrique. Tous les objets soumis à la stérilisation doivent séjourner dans l'appareil pendant une demi-heure à partir du moment où le thermomètre atteindra 100°. Ils sont ensuite emballés dans des sacs en toile et ces sacs sont de nouveau placés dans l'appareil de stérilisation. Une infirmière dont les mains ont été préalablement désinfectées est chargée d'extraire du sac les objets stérilisés qui sont apportés dans la salle d'opération entre deux linges stérilisés.

Après les amputations du sein pour cancer avec évidemment de la fosse axillaire, j'introduis souvent un drain dans la direction du creux de l'aisselle. Cependant, dans cette opération comme dans les autres, le drainage n'est pas toujours nécessaire et il suffit souvent de ménager entre les points de suture des fentes pour l'écoulement des liquides. On peut aussi maintenir béante une partie de la plaie en suturant une certaine étendue de la peau, à l'aide de catgut, aux parties molles sous-jacentes.

La plaie est finalement recouverte de gaze ou de ouate simplement stérilisée, sans adjonction d'aucune substance antiseptique. Ce premier pansement est laissé en place pendant huit ou dix jours et même pendant trois semaines, lorsqu'il s'agit d'opération sur les os.

Telle est la méthode aseptique qui est d'un usage courant dans ma clinique. Excellente dans un très grand nombre de cas, elle n'est cependant pas applicable dans les conditions suivantes : 1° lorsqu'on doit opérer sur des parties atteintes de tuberculose; 2° lorsqu'on se trouve en présence de suppurations, de phlegmons ou de gangrène ; 3° lorsqu'on opère dans la cavité buccale, sur le rectum et sur l'urèthre.

Dans tous ces cas, où l'infection peut facilement survenir je laisse d'abord la plaie ouverte et je la bourre de gaze iodoformée que je n'enlève qu'après deux jours. Au bout de ce temps, la plaie peut être suturée dans la majorité des cas. Pour faciliter l'écoulement des liquides sans recourir au drainage, on peut maintenir béante une partie de la plaie par les moyens que je vous ai indiqués tantôt.

De l'ascite tuberculeuse et de son traitement. — M. Konig (de Göttingue). Le traitement de la tuberculose du péritoine par la laparotomie donne un résultat favorable, car, sur 13 malades chez lesquels j'ai pratiqué cette opération, 4 seulement ont succombé : 3 à la péritonite aiguë et 1 au collapsus. D'autre part, j'ai relevé une statistique de 131 laparotomies pour tuberculose du péritoine, dont 85 (65 0/0) suivies de guérison. Mais il s'agit de savoir si ces guérisons peuvent être considérées comme définitives, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique. Il est difficile de répondre à cette question pour ce qui concerne les sujets encore vivants. Cependant, 2 cas probants ont été rapportés par d'autres chirurgiens, dans lesquels, à l'autopsie, aucune trace de tubercules ne put être retrouvée sur le péritoine.

Le genre de l'intervention opératoire est-il pour quelque chose dans les résultats obtenus ? On peut répondre par un non catégorique. En effet, ma statistique de 131 cas montre que la guérison a été constatée après une simple incision du péritoine, comme après les laparotomies suivies d'extirpation de masses tuberculeuses, caséeuses et verruqueuses. A ce sujet, un cas très démonstratif est le suivant : un chirurgien ayant pratiqué la laparotomie trouva le péritoine farci de tubercules dans toute son étendue et en fut tellement épouvanté qu'il ne sut faire autre chose que de s'empresser de suturer la plaie ; à son grand étonnement, tous les phénomènes morbides disparurent en un temps relativement court.

Les parasites animaux dans les tumeurs de la vessie. — M. Albarran (de Paris). Chez un malade qui a succombé dans le service de M. le professeur Guyon, j'ai trouvé, dans le bas-fond vésical, une plaque épithéliale mamelonnée, dans laquelle on remarquait des verrucosités épithéliales et des enfoncements. Au centre de ces verrucosités, et dans ces enfoncements, se trouvaient une grande quantité de psorospermies très reconnaissables, avec leur enveloppe transparente et leur noyau spécial.

J'ai retrouvé le même développement des psorospermies chez un malade atteint d'épithélioma villeux de la vessie et qui fut opéré ; enfin, j'ai fait la même constatation dans un troisième cas analogue.

Si l'on réfléchit que ces psorospermies ont été retrouvées dans les cas de maladie de Paget, transformées en cancer, on ne pourra s'empêcher de croire être sur la trace de la véritable origine du cancer.

Il ne nous paraît pas prématuré d'affirmer, dès aujourd'hui, que certaines formes d'épithélioma, au moins, sont causées par la présence de parasites animaux.

MEMENTO PRATIQUE

Préparation rapide et économique de l'aristol, par Louis Boulé (d'Alger). — Dans le cas où l'aristol (dithymol biiodé) devrait se substituer à l'iodoforme, le

prix qu'on le paye actuellement serait un obstacle à son emploi courant. Les différentes formules qui ont été données jusqu'ici expliquent son prix élevé.

J'ai pensé qu'il serait peut-être utile de faire connaître la formule que j'ai établie et adoptée après de nombreux essais :

A) Thymol cristallisé.....	5 grammes
Soude caustique.....	5 —
Iodure de potassium...	5 gr. 80
Eau distillée q.s. pour faire	50 c. cubes

Chauffer légèrement jusqu'à dissolution complète; laisser refroidir.

B) Solution concentrée d'hypochlorite de soude	250 c. cubes.

Verser la solution A dans la solution B et agiter fortement. L'aristol se précipite, en formant un magma qui se liquéfie un peu ensuite.

Il faut environ un quart d'heure pour la réaction.

Jeter le tout sur un filtre ou un linge serré, laver à l'eau distillée et sécher à l'abri de la lumière.

La solution B est de la liqueur de Labarraque, qui contient cinq fois plus de chlore, soit dix fois son volume de ce gaz.

Le chlorure de chaux sec employé à sa préparation doit avoir naturellement le titre indiqué par le Codex.

La quantité de liquide hypochloreux à employer est en raison inverse de son titre. La solution que j'indique est celle qui m'a donné les meilleurs résultats. (*Répertoire de pharm.*, 10 août 1890.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

Association des médecins de la Gironde.

La Société locale de la Gironde, convaincue des avantages que procurerait au Corps médical français la création d'une *Caisse d'assurance mutuelle contre la maladie*, avait émis le vœu que le Conseil général de Paris voulût bien mettre la question à l'étude, et la Société de l'Oise avait émis un vœu analogue.

Dans la séance du 13 mai 1889, l'Assemblée des présidents et délégués avait pris ces vœux en considération.

Le rapporteur de la Commission a constaté que la plupart des Sociétés locales sont favorables au principe d'une *indemnité de maladie*, mais qu'elles diffèrent entre elles sur les moyens d'exécution.

Ces divergences sont telles que l'Assemblée générale, dans sa séance du 14 avril dernier, a décidé de laisser la question à l'étude, et la commission du conseil général se réunira le 17 octobre pour élaborer un nouveau rapport.

Dans ces conditions, il nous a paru que le devoir de la Société de la Gironde était d'inviter les autres Sociétés locales à s'entendre sur les bases d'un *règlement général* commun qui pourrait être discuté par la commission. Nous disons *règlement* et non *statuts*, car il est facile de réglementer l'*assistance en cas de maladie* qui est prévue dans notre constitution primordiale.

On verra, par le projet ci-joint, que nous avons voulu :

1° Eviter de toucher aux statuts de l'association;

2° Eviter de compromettre la sécurité de la fortune acquise ;

3° Laisser à chaque Société locale le soin d'organiser et administrer le service de l'indemnité-maladie ;

4° Réserver au Conseil général et à l'Assemblée des présidents et délégués le soin de décider que les fonds spéciaux venant à la Caisse générale de l'Association seront affectés uniquement au service des secours à donner aux caisses locales de l'indemnité de maladie.

Pour le Conseil d'administration :

Le Président, Dr HAMEAU. — *Le Secrétaire général* Dr R. SAINT-PHILIPPE.

Projet de règlement général relatif au service de l'indemnité de maladie.

Lorsque *quinze* membres, au moins, d'une Société locale ou d'un groupe de Sociétés voisines demanderont à s'assurer une indemnité pendant la durée *de maladies les mettant dans l'impossibilité d'exercer leur profession*, il sera ouvert un compte spécial sur les livres du Trésorier, en conformité des conditions suivantes :

1° Au moment où il demande son inscription pour cette assurance mutuelle, le sociétaire doit être âgé de *cinquante-cinq ans* au plus et fournir un certificat constatant qu'il n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité pouvant entraîner l'incapacité de travail professionnel. Ce certificat, délivré par un médecin associé et contresigné par le Commissaire-Administrateur de la circonscription, sera soumis à l'appréciation du Conseil administratif, qui prononcera ou non l'admission.

2° Le sociétaire admis doit payer et verser directement entre les mains du Trésorier un supplément de cotisation annuelle de 48 francs, soit, au total, 60 francs qui seront obligatoirement soldés par semestre et d'avance, avant le 1er janvier et le 1er juillet de chaque année, faute de quoi le droit à l'indemnité serait suspendu et ne pourrait être repris que trois mois après le paiement intégral de l'arriéré et du semestre suivant.

3° Le sociétaire admis peut porter à 120 francs sa cotisation annuelle pour s'assurer une indemnité double en cas de maladie.

De son côté, la Société s'engage :

1° A consacrer exclusivement au service de l'indemnité de maladie toutes les sommes provenant du supplément spécial de cotisation et toutes celles qui proviendraient de dons et legs avec affectation à ce service, à l'exception cependant du dixième qui doit être versé statutairement à la Caisse générale de l'Association des Médecins de France.

2° A allouer une indemnité de *cinq* francs par jour pour toute maladie dûment constatée, entraînant une incapacité de travail professionnel qui aura duré plus de cinq jours et moins de six mois, les cinq premiers jours ne devant d'ailleurs pas entrer en ligne de compte.

3° A allouer après le sixième mois, pendant toute la durée de la maladie et tant que les ressources de la caisse spéciale le permettront, une indemnité de *deux francs cinquante centimes* (2 fr. 50 c.) par jour.

4° Les indemnités quotidiennes seront doublées pour les sociétaires payant la cotisation de *cent vingt* francs.

5° Le droit à l'indemnité n'est acquis qu'après l'expiration du premier semestre de cotisation supplémentaire et après le versement du second.

6° Dès qu'un associé est malade il doit en aviser le président et le Commissaire-Administrateur de sa circonscription. Celui-ci s'assure de l'incapacité du travail, il en constate la durée et délivre les certificats nécessaires pour le règlement de l'indemnité.

7° Ce règlement des indemnités est ordonnancé par le Président, en Conseil d'administration, au moins une fois tous les deux mois.

8° Les associés qui résident hors du territoire de la Société perdent leurs droits à l'indemnité. Mais s'ils passent dans une autre Société agrégée possédant une Caisse d'indemnité de maladie, ils y jouissent d'emblée de tous les droits propres aux membres de cette Société, en se conformant à ses règlements.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT LE MOIS DE MAI 1890.

Jeudi 1er mai. — N° 194. M. PETIT CUINET (René) : De la thoracentèse dans les épanchements pleurétiques séro-fibrineux. — N° 195. M. MORE (Ferdinand) : Contribution à l'étude de l'ophtalmoplégie externe.

Jeudi 8. — N° 196. (*) M. RÉGNIER (R.-L.-A.) : Essai critique sur l'intoxication par la morphine et sur ses diverses formes. — N° 197. Mlle BRANDHENLER (D.) : Contribution à l'étude de la spléno-pneumonie chez l'enfant.

Mercredi 14. — N° 198. M. MARX (Maurice) : Colpocèle postérieur ; son traitement. — N° 199. (*). M. VILLÉMIN (Eugène) : De la curabilité des accidents péritonéo-hépatiques d'origine alcoolique (ascite curable; cirrhose curable). — N° 200. M. BONNIER (Pierre) : Le sens auriculaire de l'espace.

Samedi 17. — N° 201. M. PUJOL (Emile) : Contribution à l'étude du pied bot congénital avec l'hydrocéphalie et l'hydrorachis. — N° 202. Mlle HERZENSTEIN (Hélène) : Contribution à l'étude de l'ictère catarrhal prolongé. — N° 203. M. BILLOUT (Gabriel) : De la bronchite dans la fièvre typhoïde.

Jeudi 22. — N° 204. M. LORIN (Henri) : Du traitement de l'orchi-épididymite d'origine uréthrale par les courants continus. — N° 205. M. ROULET. (L) : De l'érysipèle dans les maladies du foie. — N° 206. M. BOUCHER (Abel) : Des signes qui permettent de soupçonner la tuberculose chez les enfants. — N° 207. M. COUDÈRE (Hippolyte) : Des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygiène comme cause de dystocie. — N° 208. M. MARQUE (Antonin) : Contribution à l'étude du traitement des fibromes utérins. Parallèle des principaux modes de traitement.

Mercredi 28. — N° 209. M. CARRASCO (L.-W) : Etude sur l'adénopathie trachéo-bronchique de la pneumonie. — N° 210. M. COUTURIER (Louis) : Contribution à l'étude de la thérapeutique intra-utérine antiseptique. De la dilatation et du pansement antiseptique de la cavité utérine dans le traitement des métrites chroniques. — N° 211. M. FORTUNIADIS (Constantin) : Etude sur le chancre syphilitique des paupières.

Jeudi 29. — N° 212. M. DACQUET (Octave) : Contribution à l'étude du diagnostic des anévrysmes de l'aorte abdominale. — N° 213. M. RENAULT (Ch.-J.-Ed.) : Contribution à l'étude de la maladie de Basedow. Diagnostic et traitement par l'électricité. — N° 214. M. CHAMAYOU (Léon) : De la colopexie dans le traitement des prolapsus graves du rectum. — N° 215. M. FAIVRE (Paul) : Contribution à l'étude du prolapsus de l'utérus gravide.

Faculté de médecine de Paris. — M. Lion (Gaston-Camille), docteur en médecine, est nommé, du 1er août 1890 au 31 août 1891, chef des travaux d'anatomie pathologique du laboratoire de clinique (hôpital Necker), en remplacement de M. Richardière, démissionnaire.

Faculté de médecine de Lyon. — THÈSES POUR LE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT LE MOIS DE JUILLET 1890.

N° 538. M. BALP (Paul) : Étude sur la cavité de Retzius et les ligaments larges. — N° 539. M. CUZIN (Lucien) : Des résultats définitifs de la résection du coude dans les cas d'ankylose. — N° 540. M. BÉJOT (Charles) : Du rôle pathogénétique des lésions rénales et hépatiques dans les accidents pernicieux de l'impaludisme. — N° 541. M. BARRAL (Étienne) : Sur le sucre dans le sang. — N° 542. M. PERRÉ (Georges-Louis-Edmond) : Considérations sur un cas de bassin cypho-scoliotique non rachitique. — N° 543 M. BOUCHET (Victor) : Contribution à l'étude des fractures de l'humérus et de leur traitement par la gouttière plâtrée. — N° 444. M. DOLARD (Léon) : La cataracte chez les jeunes sujets. — N° 545. M. FERRÉ (Prudence) : Distribution géographique des granulations de la conjonctive dans la ville de Lyon. — N° 546. M. JACOB (Octave) : Sur quelques points particuliers de l'étude des tumeurs bénignes du sein et de leur traitement. — N° 547. M. TOUBERT (Joseph) : Contribution à l'étude anatomo-pathologique et pathogénique du pied plat acquis.

Cette thèse est la dernière présentée à la Faculté pour l'année scolaire 1889-1890. Il y a eu cette année 63 diplômes de docteur en médecine délivrés par la Faculté de médecine au lieu de 48 pour l'année précédente (1889-1890).

École de médecine de Nantes. — M. J.-B. Malherbe, professeur de clinique médicale, est admis, pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite à partir du 1er novembre 1890.

M. J.-B. Malherbe est nommé professeur honoraire.

Faculté catholique de médecine de Lille. — M. le Dr Duret, professeur de clinique chirurgicale, ancien chirurgien des hôpitaux de Paris, est nommé, pour une période de trois ans, doyen de cette Faculté.

Corps de santé militaire. — Par application de la loi du 13 mars 1875, M. le médecin-inspecteur Gaujot est placé, à

dater du 17 août 1890, dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins-inspecteurs

Les élections municipales de Montpellier. — Les 27 candidats démissionnaires sont réélus avec 7,000 voix, ce qui constitue une majorité de 2,000 voix sur les élections municipales précédentes.

La question de la Faculté rallie tous les partis.

L'évêque lui-même a voté à bulletin ouvert pour l'unique liste républicaine.

Folie. — Le Dr C., de l'Isère, ancien professeur à l'Institution nationale des sourds-muets, et très connu par les nombreuses affiches qu'il faisait placer partout pour annoncer ses cours contre le bégaiement et les autres vices de la prononciation, vient d'être pris d'un accès de folie pendant lequel il a déchargé, heureusement sans résultat, deux coups de son revolver sur un de ses domestiques. On a dû le conduire à l'infirmerie du Dépôt.

Le siège de Mayence. — *Les Archives de médecine militaire* donnent la relation chirurgicale du siège de Mayence en 1793. En voici un extrait curieux...

Dans le nombre de ces énormes blessures, nous eûmes un phénomène bien singulier. Le 11 avril, il y eut une canonnade affreuse ; en moins d'une heure, on nous apporta parmi nombre d'autres sept ou huit malades à amputer de différents membres ; l'un des derniers était un petit volontaire de beaucoup de courage, qui souffrait étonnamment ; j'ordonnai qu'on le déshabillât pendant que je donnais un coup d'œil à plusieurs opérations que faisaient les aides-majors. Revenant à lui avec le citoyen Rivierre, qui devait l'opérer, nous aperçûmes une cuisse énorme, une dilacération très grande à la partie postérieure et, à la partie antérieure externe et moyenne inférieure, sous la peau qui était presque noire, une convexité très dure qui parut d'abord n'avoir pas plus de deux pouces de diamètre ; nous crûmes que c'était un biscayen, je fis signe d'inciser la peau pour faire l'extraction. Quelle fut notre surprise lorsque nous vîmes qu'une incision de trois, quatre et même de cinq pouces de longueurs ne suffisait pas ; enfin c'était un boulet prussien du poids de treize livres. Le commissaire ordonnateur des guerres qui était présent le fit porter chez lui pour le conserver. Comment une masse aussi énorme eut-elle assez de force pour se loger ainsi dans la cuisse et n'en eut pas assez pour passer outre? Je laisse ce problème à résoudre aux physiciens, mais il faut avoir vu pareilles choses pour les croire.

Il ne restait d'autre parti à prendre que d'opérer cet homme ou de l'abandonner à une mort certaine ; nous lui coupâmes la cuisse fort haut et avec beaucoup de peine. Lorsque nous eûmes fini, il nous demanda si c'était fait, et, sur ce qu'on lui répondit oui, il s'écria : « Vive la nation ! ». Un grand nombre d'autres ont fait ce cri après les opérations les plus cruelles. Enfin cet homme intéressant vécut 27 jours et mourut presque subitement d'une fièvre putride, sans doute à la suite de quelque imprudence, puisque la cicatrice commençait à se faire et donnait au citoyen Rivierre la plus grande espérance de le rendre à la patrie.

Je puis placer encore ici un autre trait de courage et de sang-froid. A l'instant où le magasin d'artifices sauta, le château reçut une secousse terrible. En cet instant même, j'amputais la cuisse à un soldat ; comme je sciais l'os, outre l'ébranlement général, les vitres d'une très grande croisée près de laquelle j'opérais tombèrent sur le malade et sur moi. Ne sachant d'où cela provenait je demandai à ceux qui m'environnaient ce que c'était. Le malade qui m'entendit me dit : « Faites, faites toujours, ne vous inquiétez pas, vous en verrez bien d'autres ! » Lorsque j'eus fini, il s'écria : « Vive la République ! » et fut transporté gaiement sur son lit

Épilogue du Congrès de Berlin. — Le Dr Lassar, secrétaire général du Comité, a quitté brusquement Berlin. On dit qu'il s'est embarqué pour New-York. On donne diverses raisons de ce départ précipité. D'après les autres, M. Lassar aurait manqué d'égards envers l'impératrice pendant la visite à l'exposition sanitaire. N'y aurait-il pas autre chose? (*Méd. mod*).

Nécrologie. — Le Dr Burguet (Ch.) de Sollebœuf (Gironde), médecin honoraire des hôpitaux de Bordeaux, décédé le 9 août à l'âge de 60 ans. — Le Dr Chancel, recteur de l'Académie de Montpellier.

Bulletin de la mortalité *du 3 au 9 août* 1890. — Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 2. — Rougeole, 25. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 7. — Diphtérie, Croup, 24. — Choléra. — Phtisie pulmonaire, 178. — Autres tuberculoses, 30. — Tumeurs cancéreuses et autres, 42.

Méningite, 28. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 35. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 40.

Bronchite aiguë et chronique, 33. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 44.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 104.

Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 4.

Débilité congénitale, 11. — Sénilité, 20. — Suicides et autres morts violentes, 41. — Autres causes de mort, 166. — Causes inconnues, 13.

Nombre absolu de la semaine, 873. — Résultat de la semaine précédente : 848.

Bulletin de la mortalité *du 10 au 16 août* 1890. — Fièvre typhoïde, 13. — Variole, 2. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 10 — Diphtérie, Croup, 31. — Phthisie pulmonaire, 158. — Autres tuberculoses, 30. — Tumeurs cancéreuses 47. et autres, 3.

Méningite, 33. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 42. — Paralysie, 3. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 38.

Bronchite aiguë 11, chronique, 13. — Broncho-pneumonie 18 pneumonie, 23.

Gastro-entérite : Sein, 28 biberon 149.

Diarrhée au-dessus de 5 ans. 4.

Fièvre et péritonite puerpérales, 7. — Autres affections puerpérales, 0

Débilité congénitale, 23. — Sénilité, 24. — Suicides 15. autres morts violentes, 18. — Autres causes de mort, 130. — Causes inconnues, 8.

Nombre absolu de la semaine : 906. — Résultat de la semaine précédente : 873

PASTILLES bi-borate de soude VIGIER. 8 à 10 pastilles par jour

L'ELIXIR ET PILULES GREZ chlorhydro-pepsiques (amers et ferments digestifs). — Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse.

LIQUEUR DE LAPRADE à l'albuminate de fer, le plus assimilable des ferrugineux, spécifique des troubles de la menstruation, etc

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris, imprimerie DAVY, 52, rue Madame.